



Zur
**Casuistik der Verschlüssungen
der Gallenwege.**

(Ein Fall von ductus hepaticus Verschluss).

Inaugural-Dissertation

zur
Erlangung der Doctorwürde
in der
Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,
welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät
der Königl. Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 23. Juli 1892
nachmittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Joseph von Przewoski

aus West-Preussen.

Opponenten:

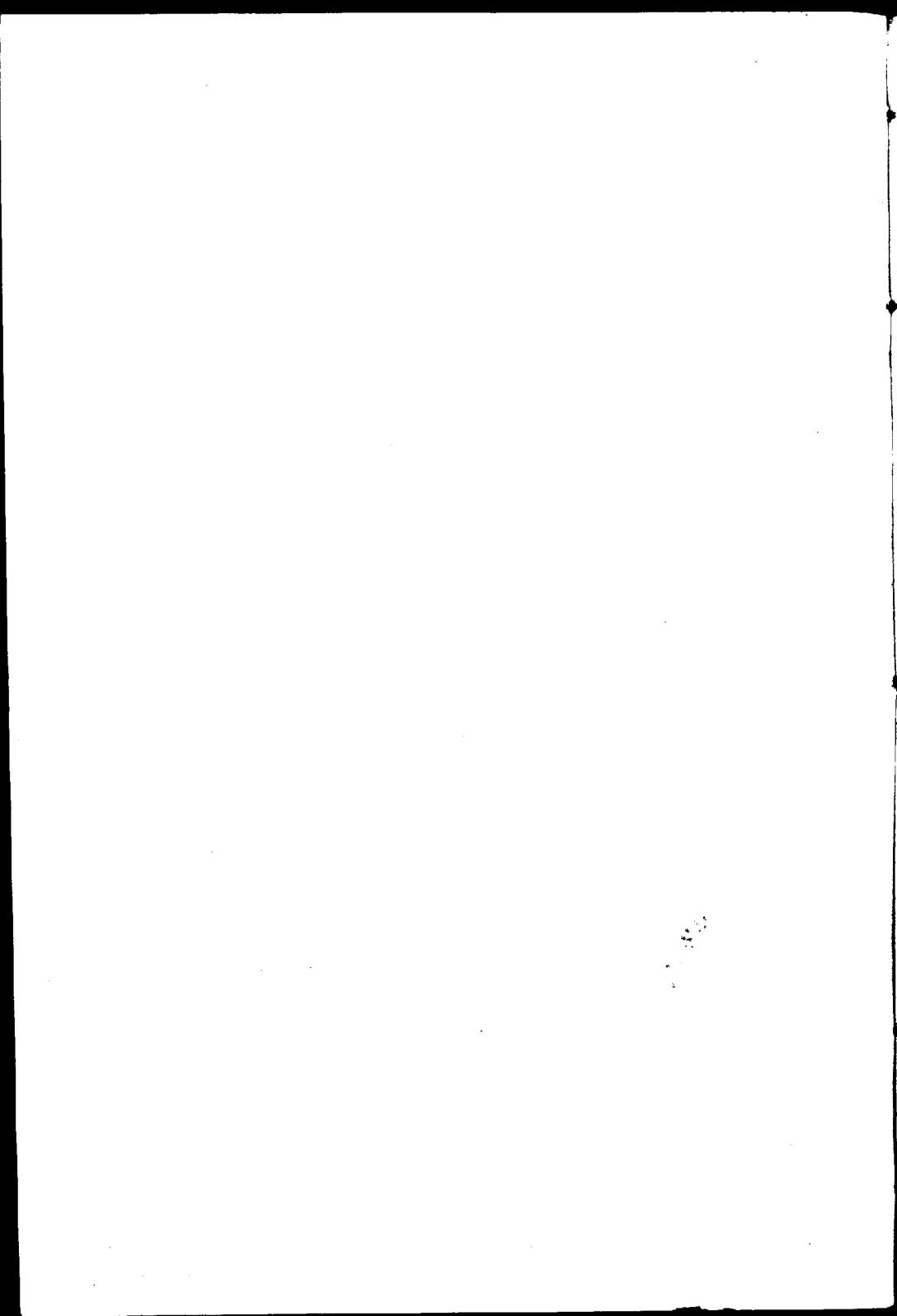
Herr cand. med. Bronk.

„ cand. phil. Pischke.



Greifswald.

Druck von F. W. Kunike.



Seinen Onkeln und Wohlthätern:

dem Herrn Pfarrer J. Sartowski-Radoszk,

„ „ Dekan Lic. D. Sartowski-Loebau,

„ „ Pfarrer Bonin-Quaschin

in Liebe und Dankbarkeit

gewidmet

vom

Verfasser.

Wie wohl die Verstopfungen des ductus hepaticus gegenüber denen des ductus cysticus und choledochus ein selteneres Vorkommnis sind, so dürfte es doch sehr nützlich sein, auch diese weniger häufige Erscheinung einer näheren Betrachtung zu unterziehen. Denn die anatomische Lage des ductus hepaticus zeigt, dass seine Verstopfung für den Kranken weit verderblicher ist, und für den Arzt mehr Schwierigkeiten bildet, als etwa die Verlegung des cysticus und choledochus. Ist nämlich der hepaticus verlegt, so muss sich die Galle immer stauen, während dies bei Verstopfung des cysticus durchaus nicht der Fall zu sein braucht; oder ist der ductus choledochus verschlossen, so kennt der Chirurg Mittel und Wege z. B. durch eine Cholecystenterostomie der Galle wieder Passage zu machen. Der hepaticus ist wegen seiner entfernteren Lage und wegen seines engen Lumens unangreifbarer; ferner ist es auch nicht möglich der Galle einen anderen Weg vorzuschreiben als durch den hepaticus. — Die weitaus zahlreichsten Fälle von hepaticus-Verschliessung beruhen auf Gallensteinen,

viel seltener sind andere Ursachen. Courvoisier¹⁾ kennt 87 Fälle von hepaticus-Verschliessung durch Cholelithen, 2 Fälle von Carcinoma hepatici, 5 Fälle von Obliteration des hepaticus durch bindegewebige Wucherung aus unbekannter Ursache, 15 Fälle von congenitaler Obliteration, 2mal Compression durch tumoren, 3mal Verstopfung durch Echinococcusblasen, 34 Fälle von Obstruction durch ascariden.

Durch die Güte des Herrn Prof. Helferich bin ich in den Stand gesetzt, auch einen Fall von Hepaticusverschluss infolge von bindegewebiger Wucherung mitteilen zu können.

Anamnese: Die 36 Jahre alte Kahnschifferfrau A. W., die ihrer Aussage gemäss hereditär nicht belastet ist, hat sich bis zum Jahre 1880 einer ungetrübten Gesundheit erfreut. Die Ehe, die sie 78 eingegangen, blieb kinderlos. Im Jahre 84 stellten sich ohne der Patientin bekannte Ursachen Beschwerden im Unterleibe ein, die in Schmerzhaftigkeit des Unterleibes, Übelkeit und Erbrechen bestanden. Dieses Leidens wegen wurde P. unter der Diagnose „Exsudat in den Parametrien“ in der hiesigen Gynäkologischen Klinik 6 Wochen mit gutem Erfolge behandelt. Es folgten 2 Jahre guten Wohlseins. Im Jahre 86 litt P. wiederum an heftigen Schmerzen im Abdomen, Durchfällen und häufigem Erbrechen, wozu sich 87 noch — das Leiden dauerte unter wechselnder Ab- und Zunahme fort — intensiver Icterus einstellte. Im Sommer 88 liess sie sich zum zweiten Male in die hiesige Gynäkol.

1) Casuistisch-statistische Beiträge zur Pathol. und Chirurg. der Gallenwege 1890 p. 33—42.

Klinik aufnehmen und durch Herrn Geh. Rat Pernico eine beiderseitige Ovarialeyste extirpieren. Rechts wurde die Cyste stumpf abgelöst, links ist das ovarium mitgenommen worden. Der Verlauf nach der Operation war abgesehen von jenem Icterus noch durch eine leichte Pneumonie compliciert. Jetzt stellte sich auch heraus, dass P. eine Potatrix war. Unter einer sorgfältigen Allgemein-Behandlung erfolgte eine baldige Gesundheit, die jetzt 3 Jahre ohne die geringsten Beschwerden anhielt. Im März 91 erkrankte Patientin wieder. Das Leiden wird charakterisirt durch ein stumpfes Druckgefühl in der Lebergegend, häufige Durchfälle, abwechselnd mit Verstopfung, heftigen Icterus und Blasen von Stecknadelkopf- bis Pfennigstückgrösse mit hellem grünlichen Inhalt an den Streckseiten der Extremitäten. Dabei besteht starkes Hautjucken. Ebenbeschriebenes Leiden wiederholt sich in gewissen Intervallen noch mehrmals. Behandlung mit Soolbädern bringt ein etwas länger dauerndes Wohlsein. Aber Ende April tritt das Leiden mit einer vorher nicht dagewesenen Intensität auf. Der Icterus wird durch heftige Kolikanfälle begleitet, wobei sich die Gegend unter dem rechten Rippenbogen stark hervorwölbt. Am 26. April wird P. der Chirurgischen Klinik überwiesen.

Status praes. vom 26. IV. 92. Patientin ist mässig gut genährt. Die Hautfarbe sowie conjunctivae sind intensiv gelb verfärbt. Auf dem Abdomen erblickt man eine in der linea alba vom Nabel bis zur Symphyse verlaufende Narbe. Das Abdomen ist unterhalb des Nabels aufgetrieben, oberhalb eingesunken. Bei der Palpation ist dasselbe unterhalb des Nabels weich,

oberhalb fühlt man eine deutliche Resistenz, die offenbar durch die Leber bedingt ist. Sehr deutlich zeigt sich dieser Befund bei tiefer Palpation. Der untere Leberrand ist links in das linea alba 2 fingerbreit unter dem Nabel, in der Mammillarlinie ist er gerade in der Nabelhöhe zu fühlen. Rechts dicht am Nabel palpiert man eine Incisur für der lig. teres, in der Mammillarlinie eine zweite für die Gallenblase. Nach unten von dieser Incisur etwa 4 fingerbreit fühlt man einen den Leberrand überragenden Tumor, von kugliger Oberfläche, prallelastischer Consistenz ohne besondere härtere Stellen. Dieser Tumor ist auf Druck schmerzhaft.

Herz: Der Herzimpuls ist im 5. Intercostalraum einwärts von der Mammillarlinie zu fühlen. Die Herzdämpfung beginnt am rechten Sternalrande, von oben herab am oberen Rand der 4. Rippe. Nach unten geht sie in die Leberdämpfung über. Bei der Auskultation hört man ein schabendes Geräusch. Der Puls ist voll und weich, 70 in der Minute zählend.

Lunge: Inspection, Percussion und Auskultation ergeben normale Verhältnisse.

Urin und Stuhl: Der Urin hat eine gelbrote ins Grün schimmernde Farbe. Der Schaum ist gelb. Auf Zusatz von acid. nitr. fum. sieht man die charakteristischen Ringe. Eiweiss und Zucker fehlen. — Der Stuhl ist reichlich von mittelweicher Consistenz und thonfarbig.

Status am 27. IV. Nachts 8—2 kolikartige Anfälle in halbstündlichen Intervallen. Die übrigen Symptome sind dieselben.

Temp. 8 Vorm. 67,0. Puls 75,
5 Nachm. 37,6. Puls 78.

Stat. 28. IV. 3—4 Nachmittag Kolikanfälle.

Temp. 8 Vorm. 66,6. Puls 76.

5 Nachm. 36,7. Puls 76.

Stat. 29. Nachts Kolikanfälle.

Temp. 8 Vorm. 66,8.

5 Nachm. 36,8. Puls 72.

Diagnose: Die manuelle Untersuchung der Leber, die Betrachtung der Anamnese mit ihren häufigen Icterus und Kolikanfällen, auch die Erscheinungen von seiten des Darmes und Magens mussten notwendig zu der Diagnose cholelithiasis führen. Allerdings fehlte hier das letzte das Cholelithiasis mit aller Sicherheit beweisende Moment, nämlich der beobachtete Abgang von Gallensteinen. Dieses aber kann leicht übersehen werden. Es war ja auch möglich, dass sämtliche Cholelithen in der Leber bzw. Cyste liegen geblieben sind. Gegen Carcinom sprach das Alter, der habitus der Kranken und der Verlauf des Leidens. Ebenso war auch einfacher Duodenalkatarrh auszuschliessen.

Behandlung: Auf eine medicamentöse Beseitigung des Leidens war nicht mehr zu hoffen. Obige Symptome steigerten sich von Tag zu Tag, so dass das Leben der Patientin sehr bedroht erschien. Deshalb wurde die Operation beschlossen und am 30. IV. von Herrn Professor Helferich ausgeführt.

Die Operation wird nach vorheriger strengster aseptischer Reinigung des zu operirenden Feldes in tiefer Chloroformnarkose ausgeführt. Ein Schnitt nach Courvoisier parallel der unteren Lebergrenze, aber etwas oberhalb derselben trennt die Haut. Derselbe beginnt in der Medianlinie, reicht in die vordere Axil-

larlinie und ist leicht bogenförmig. Daran wird ein Medianlängsschnitt gesetzt bis zum processus xyphoideus. Nachdem bei sorgfältiger Blutstillung die Muskeln praeparando durchtrennt sind, wird die Peritonealhöhle eröffnet. Es präsentiert sich die Leber mit ihrem freien Leberrand und einem Teil der rechten Leberlappenfläche. Die Farbe derselben ist grasgrün. Beim Abheben der Leber sieht man die kleine, taubeneigrosse fast völlig leere Gallenblase. Die Därme werden mit sterilen Mullstücken und grossen breiten Hacken zurückgedrängt. Es zeigt sich nun das ligamentum hepato duodenale mit dem grünlich durchscheinenden ductus choledochus sehr leicht zugänglich. Hinter demselben sind einige pflaumengrosse drüsige sich anführende Körper zu fühlen. Von Steinen oder anderen chirurgisch erreichbaren Hindernissen für den Abfluss der Galle ist in den Gallenwegen äusserlich nichts zu fühlen. Um nun zu eruieren, ob vielleicht ein verstecktes Hindernis in den Gallengängen sich befindet, wird die Gallenblase aufgeschnitten, der ductus cysticus und choledochus sondiert. Die Sonde dringt ziemlich weit vor. Hierauf wird die Gallenblase mit physiologischer Kochsalzlösung gefüllt. Bei Maximalfüllung liessen sich etwa 100 cem. injiciren. Von der Flüssigkeit ist offenbar ein Teil abgeflossen, da nur ein Teil wieder ausfliesst. Auffallenderweise ist die Flüssigkeit nicht gallig verfärbt. Da ein den Gallenabfluss hinderndes Moment auf diese Weise nicht nachgewiesen werden konnte, wird die Gallenblase mit Lambertschen Nähten wieder zugenäht. Die Bauchwand wird mit versenkten Katgutnähten und tief greifenden Seidennähten wieder vereinigt. Die

Nahtlinie wird an mehreren Stellen behufs Abfluss des Sekrets durch senkrechte in der Bauchwand liegende Drainröhren unterbrochen. Hierauf wird ein aseptischer Verband bestehend aus steriler Gaze, Jodoformgaze, steriler Watte und Mullbinde angelegt.

Status 1. V. Patientin befindet sich leidlich gut.

Temp. Vorm. 8. 36,9. Puls: 70.

Nachm. 5. 36,7. P.: 72.

Status 2. V. Allgemeinbefinden ist dasselbe.

Temp. Vorm. 8. 37,4. P.: 76.

Nachm. 5. 37,0. P.: 74.

Status 3. V. Allgemeinbefinden leidlich.

Temp. Vorm. 8. 36,9. P.: 74.

Nachm. 5. 37,7. P.: 76.

Status 4. V. Patientin klagt über heftige Kolikschmerzen. Es stellen sich Blutungen aus Mund und Rachenschleimhaut ein.

Temp. Vorm. 8. 37. P.: 80.

Nachm. 5. 37,5. P.: 80.

Status 5. V. Die Blutungen werden heftiger. Bluterbrechen, Kolikanfälle und Blähung. Es wird ein Darminfus gegeben. Der Puls ist kräftig und nicht beschleunigt.

Temp. Morg. 8. 36,4. P.: 76.

Nachm. 5. 36,8. P.: 78.

Status 6. V. Keine Veränderung.

Temp. 8 M. 37,0. P.: 80.

5 Ab. 37,0. P.: 72.

Status 7. V. Temp. Morgens 35,0. P.: 60.

Patientin kollabiert plötzlich. Exitus.

Section: (Grawitz.) Die Hautfarbe ist exquisit gelb, ebenso die conjunctivae. Am rechten Rippenbogen ver-

läuft eine 5 cm. unter dem proc. xyph. beginnende mit Seide genähte Wunde, in der 6 Drainröhren von verschiedener Dicke stecken. Die Wundränder sind verklebt. Netz und Eingeweide sind verfärbt. Das Fett ist von gelbgrünlicher Farbe. Das Peritoneum der vorliegenden Dünndarmschlingen ist glatt und glänzend. Auf der Leber, die mit der frischen Wunde verklebt ist, findet sich fibrinöse Verdickung, zum Teil fibr. blutiger Belag. Die obere Fläche der Leber ist mit dem Zwerchfell verwachsen. In der Bauchhöhle befindet sich dunkelrote Flüssigkeit in Menge von 200 ccm. Beim Ablösen der Muskulatur von den Rippen sieht man in derselben oberhalb der Wunde dunkelrote flüssige Blutergüsse. Im Herzbeutel befindet sich 5 ccm. klare Flüssigkeit. Im rechten Vorhof und Vertikal ist etwas dünnflüssiges dunkelkirschrotes Blut. Die venösen Klappen sind für 2 Finger durchgängig, die arteriellen schliessen auf Wassereinguss. Das Herz misst von der Spitze bis zur Basis 10 cm. Das Myokard ist gelblich bräunlich, misst links im Mittel 15 mm., rechts 5. Im Muskel sind opake gelbe Stellen. Das Endokard ist glatt und glänzend und gelblich verfärbt.

Die linke Lunge ist in ihrer ganzen Ausdehnung mit der pleura costalis verwachsen. In der Pleura befinden sich besonders in dem Unterlappen zahlreiche Haemorrhagieen. Das Parenchym der Lunge ist überall lufthaltig, in den Unterlappen stark ödematös. Die rechte Lunge zeigt dieselben Verhältnisse und besonders zahlreiche Haemorrhagieen.

Die Nieren und die Blase sind gelb verfärbt. Im duodenum ist kein Inhalt, die Schleimhaut ist blassgelb. Beim Druck auf die Gallenblase entleert

sich aus der Papilla kein Inhalt. Die Leber misst 27:22:10 cm Die Acinuszeichnung ist sehr undeutlich. Um die grösseren Gallengänge sowie Blutgefässe sieht man bindegewebige Verdickung. Die Gallenblase ist an ihrem unteren Teil mit dickem Belag bedeckt blutig verfärbt, durch eine Naht geschlossen, und prall mit dunkelkirschrotem geronnenen Blut gefüllt. Beim Präparieren der Gallengänge zeigt sich, dass der Ductus choledochus und cysticus durchgängig sind, während der hepaticus nach seinem Heraustritt aus der Leber für die Sonde verschlossen ist. Die Stricture fñhlt sich derbe an. Ihr Längsdurchmesser misst 1,5 cm, ihre Breite beträgt 0,8. Auf die dünnste Sonde vermag diese Stelle nicht zu passieren. Auf dem Durchschnitt zeigt sich, dass hier überhaupt kein lumen besteht. Die Farbe des strikturierenden Gewebes ist grau ins Rötliche schimmernd.

Mikroskopische Untersuchung der Leber.

Schwache Vergrösserung: Die Acinuszeichnung ist verronnen. An den Grenzen der Acini, wo man dieselben noch unterscheiden kann, sieht man hellere Stellen, die dem blossen Auge als dunkle Particellen imponierten. Auf manchen Schnitten gehen diese hellere Stellen bis zur vena centralis. Die Leberzellen, die als Punkte erscheinen, sind nicht concentrisch angeordnet, auf vielen Stellen sind sie gallig verfärbt. Die Acini zeigen teils diffuse gelbe Imbition, also frischen Icterus, teils circumscripte braune Pigmentkörnchen, also alten Icterus.

Starke Vergrösserung: Um die inter- und



intra-lobulären Gallengänge, die voll von Galle imbibiert sind, sieht man bindegewebige Wucherung, die sich auf Zusatz von Essigsäure in viele kleine Rundzellen zerlegt. Es ist hier also noch nicht ruhendes Bindegewebe vorhanden. Die Leberzellen zeigen an vielen Stellen schon fettige Degeneration. Manche sind noch frisch erhalten, manche körnig getrübt; an Stelle der untergegangenen hat sich Bindegewebe gesetzt, daher die verronnene Acinuszeichnung. Das Bindegewebe um die grösseren Gallengänge zeigt derbere ältere Wucherung. Das Gewebe der Strictur erweist sich als derbes fibröses Bindegewebe.

Epikrise: Sicher steht fest, dass die Operation den Tod nicht verursacht hat, dies hat der klare Befund an der Leiche, sowie die Fieberlosigkeit und das gute Befinden nach der Operation zur Genüge bewiesen. Vielmehr ist es klar, dass die durch den langjährigen Icterus herbeigeführte Allgemeinernährungsstörung und die schliessliche Cholämie den Exitus herbeigeführt haben. Die Actiologie der Veränderungen in der Leber wird später berücksichtigt.

Ausser diesem Falle kann ich einen ganz analogen Fall von Virchow¹⁾ vergleichsweise beifügen. Courvoisier,²⁾ der dieses Gebiet der Leberehirurgie eingehend und sehr erschöpfend behandelt hat, kennt auch nur im Ganzen 5 Fälle, die sich etwa mit meinem decken könnten. Da mir nur der eine aus Virchow's

1) Virchow's Archiv 1867 B. 39 p. 206.

2) Casuistisch-statische Beiträge zur Pathol. und Chirurg. der Gallenwege 1890 p. 41.

Archiv vorliegt, muss ich mich auf seine kurze Beschreibung beschränken.

Jakob Sprenger, 60 Jahre alt, ein äusserst kräftiger Mann, erkrankte vor mehr als 1 Jahr unter den Erscheinungen des Gastroduodenalkatarrhs mit leichtem Icterus. Nach drei Wochen verschwanden die icterischen Erscheinungen und es tritt eine Pause guten Wohls ein. Bald aber trat von neuem Icterus ein, der nun länger unter allmählichem Ansteigen anhielt. Nach Gebrauch von Vichy, Marienbader Wasser, Tarasp und Engadin tritt eine kleine Besserung ein. Der Allgemeinzustand aber verschlimmerte sich bald. Patient ermüdet leicht. Die Leber steht etwas tiefer als normal. Der linke Lappen erscheint stark vergrössert. Ausserdem fühlte man eine tiefe Incisur für die Gallenblase.

Faeces farblos. Urin kaffeebraun. Diagnose: Verschluss der Gallenwege. Medikamente wirken in keiner Weise auf den immer stärker werdenden Icterus. Unter langsamem Verfall der Kräfte tritt der Exitus ein.

Section: Die Haut ist stark braungelb verfärbt, die unteren Extremitäten ödematös. In der Bauchhöhle 4 Liter dunkelgelbe trübe Flüssigkeit. Die Leber ist dunkelgrün, vergrössert; das Parenchym auf den Durchschnitten braungrün mit verdickten Bindegewebszügen durch das Gewebe. Die Wandungen der Gallenwege sind verdickt; die Gallenblase ist klein und enthält wenig schleimige kaum gelblich gefärbte Flüssigkeit, die sich ohne Mühe in das Duodenum ausdrücken lässt. Ductus cyst. und duct. choledoch. sind durchgängig. Dagegen zeigt der gemeinschaftliche ductus hepaticus ganz nahe der Leberpforte eine Verdickung,

die sich noch auf die von der Leber herkommenden Wurzel an derselben fortsetzt. Durch den verdickten Theil des duct. hepat. vermag man mit der Sonde nicht durchzudringen. Die verengte Stelle misst an dem duct. hepat. 1 cm. in der Länge, 0,6 cm. in der Breite.

Die mikroskopische Untersuchung zeigte, dass die verdickten Teile der Wandung des ductus hepaticus aus äusserst derbem fibrösen Gewebe bestanden. Das interlob. Bindegewebe ist bedeutend verdickt, auch ist in den Leberläppchen Bindegewebsverdickung vorhanden. Die Leberzellen erscheinen ohne Ausnahme geschrumpft und mit Galle imbibiirt, bei einzelnen sind die Contouren verwischt. Viele Zellen sind zerfallen, viele erhalten und körnig getrübt.

Die Analogie beider angeführter Fälle ist klar. Wie ist nun jene Vernarbung des ductus hepaticus wohl zu stande gekommen? Lokale Ursachen sind nicht gefunden worden. Da derartige Fälle zu den allerseltensten gehören und somit zu Untersuchungen selten Anlass geben, muss auch die Erklärung derselben schwierig sein. Rokitansky¹⁾, Forster²⁾, Frerichs³⁾ behaupten, dass Schwellungen der Lebergänge gelegentlich den hepaticus verlegen. Doch sind die Schwellungen nur vorübergehende oder carcinoma-tösen oder geschwürigen Ursprungs. Aber Virchow⁴⁾ erklärt seinen Fall folgendermassen:

„Die Erkrankung trat zuerst auf mit den Erscheinungen des Gastrointestinalkatarrhs und entwickelte

1) Handbuch der pathol. Anat. 1. Af. 1842 p. 361 etc.

2) Handbuch der spec. path. Anat. 2. Af. 1863 p. 206.

3) Klinik der Leberkrankh. Bd. 1, 1858 p. 138.

4) Virchow Archiv für Path. 1867 Bd. 39 p. 206.

sich in 8 Monaten allmählich zu einer solchen Höhe, dass der Tod erfolgte. Da alle anderen Anhaltspunkte fehlen, so glaube ich, dass sich zunächst der Gastrointestinalkatarrh auf die Schleimhaut der Gallenwege fortsetzte, wodurch der vorübergehende Icterus im Anfange der Erkrankung entstand. Von dieser Zeit an blieb eine Schwellung eines Theils der Schleimhaut zurück, es folgten neue Gallenstauungen, welche den Reiz auf die geschwellten Partien vermehrten und so eine stärkere Entzündung hervorriefen, welche dann die Verdickung der letzteren zur Folge hatte. Da sich die Veränderung oberhalb der Einmündungsstelle des ductus cysticus bildete, so konnte keine Galle in die Gallenblase gelangen, die in derselben vorhandene floss allmählich in den Darm ab, die Blase kollabierte und ward atrophisch. Jedenfalls ist es eigentümlich, dass sich die Veränderung auf den ductus hepaticus beschränkte und nicht auch den ductus choledochus befallen hatte, der dem Darne näher liegt.“

Ähnlich lässt sich auch mein Fall erklären; doch ist auf die Möglichkeit, dass in der betreffenden verengten Stelle des ductus hepaticus ein Cholelith die erste Reizung ausgeübt habe, das grösste Gewicht zu legen. Beim Schnitt auf einer beliebigen Stelle der Leiche sickert aus den Bindegewebsmaschen Blut heraus. Dies ist ein Zeichen, dass die Gefässe nicht mehr dicht halten, also von der allgemeinen Ernährungsstörung mit betroffen sind, die wiederum durch die Einwirkung der gestauten Galle langsam entstand. Die Stauung der Galle aber ist sicher auf die beschriebene Strictur zurückzuführen. Diese Strictur ist, wie schon bemerkt ist, höchst wahrscheinlich durch einen

Gallenstein hervorgerufen, der hier eine lokale Entzündung, bindegewebige Wucherung und narbige Contractur veranlasste. Die circumscribte Narbe weist auch auf eine lokal beschränkte Reizung hin. Wie dann die interstitielle hepatitis zu stande gekommen, ist leicht zu erklären. Die gestaute Galle wird a tergo auf das Leberparenchym einen perpetuierlichen Reiz ausgeübt haben, wodurch langsam Entzündung und Bindegewebswucherung zunächst um die grösseren, dann um kleineren Gallengänge, schliesslich in den acini entstand. Auf ein solches Fortschreiten des Processes zeigen die frischen und alten bindegewebigen Wucherungen in den acini, sowie die ungleich vorgeschrittene fettige Degeneration der Leberzellen. Dech ist die Möglichkeit nicht auszuschliessen, dass auch andere Momente jene Stricture bedingt haben. Zunächst könnte lues, wie häufig, zu einer interstitiellen hepatitis geführt haben, die sich besonders um die strictur geltend gemacht hätte. Die Kinderlosigkeit der Ehe könnte dafür einen Anhaltspunkt geben. Mehr aber konnte in dieser Beziehung in der Anamnese nicht eruiert werden. Ferner ist an den chronischen Alkoholismus zu denken, der Ähnliches bewirken konnte. In beiden letzteren Fällen wäre es aber auffallend, dass die interstitielle hepatitis gerade nur auf der einen Stelle so intensiv und verderblich gewirkt habe.

Was nun die Folgen der Verschlussung des ductus hepaticus im Allgemeinen betrifft, so dürften sie sich so ziemlich mit denen des Choledochus Verschlusses decken. Es werden entweder zunächst lokale Entzündungen an der betreffenden Stelle des Verschlusses

oder Dilatationen entstehen. Differential diagnostisch ist zu bemerken, dass ein tumor der Gallenblase beim Hepaticusverschluss naturgemäss nicht vorkommen kann, während dies bei Choledochusverschluss immer der Fall sein muss. Ja es atrophirt sogar die Gallenblase, wenn der hepaticus unwegsam ist aus dem Grunde, weil sie ausser Gebrauch gesetzt ist. Eerner muss sie auch leer sein, da der letzte Rest ungehindert nach dem Darm abfliessen kann, während der Zufluss verlegt ist. Bei der Sektion fanden wir dies bestätigt. Die Blase war klein und völlig leer. Welche Veränderungen die kleinen Gallengänge, die Acini und Leberzellen erfahren müssen, ist schon ausgeführt worden. Findet die Stauung der Galle ganz plötzlich bei gesunder Leber statt, so quillt auf einen Schnitt durch die Lebersubstanz Galle in Masse ab. Im vorliegenden Falle war das nicht möglich, da die Einwirkung der Gallenstauung schon längere Zeit bestand und die Leber infolge von krankhafter Veränderung nicht mehr normal secernirte. Dies sind so zu sagen die nahen Folgen, als entferntere Folgen sind diejenigen zu beachten, welche überhaupt durch Gallenstauung auch in entfernteren Organen hervorgerufen werden. Da nun die Galle bei der Verdauung eine grosse Rolle spielt, wird sich der Mangel an Galle in dem Darmtractus zunächst durch Verdauungsstörungen verschiedener Art kund geben müssen. In der Krankengeschichte meines Falles sind mehrere Symptome dieser Art kurz beschrieben. Mit der Verdauungsstörung und der Aufnahme von Galle ins Blut hängen erfahrungsgemäss Ernährungsstörungen aller Gewebe zusammen, insbesondere der Gefässe. Die bei hohen

Graden von Icterus vorkommenden Schleimhäuteblutungen sind wohl so zu erklären. So müssen wohl in unserem Falle, die kleinen Blutergüsse in der Haut, den Muskeln und in den Pleurablättern, so auch die in den letzten Tagen der Patientin vorgekommenen Blutungen aus Mund und Nasenhöhle aufgefasst werden. Der Ernährungssaft der Gewebe, das Blut, erfährt die schädliche Einwirkung durch die Gallensäuren, welche die roten Blutkörperchen zerstören. Der zersetzte Blutfarbstoff verwandelt sich zu neuem Gallenfarbstoff, sodass sich die Krankheit gewissermassen selbst potenciert. Das Herz erfährt auch eine nicht zu unterschätzende Schädigung, denn es nimmt nicht nur Anteil an der allgemeinen Ernährungsstörung, sondern es wird auch direkt durch die Gallensäuren-Salze zunächst gereizt, dann geschwächt. Das bei Lebzeiten der Patientin diagnosticierte und bei der Sektion bestätigte vitium cordis hat hier seine volle Erklärung.

Lebenslauf.

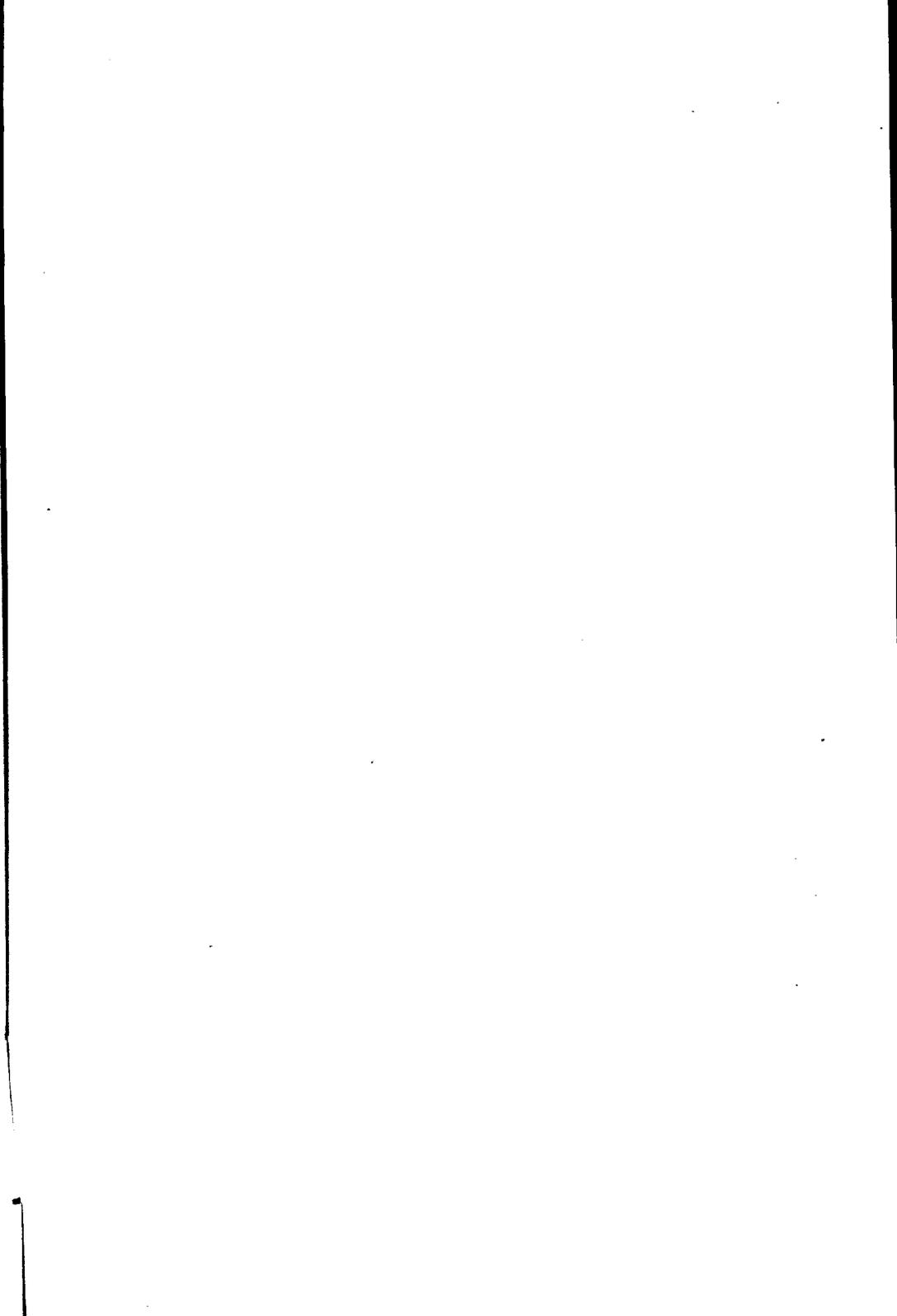
Joseph Ignatz von Przewoski, kath., Sohn des verstorbenen Gutsbesitzers gl. N. und dessen Ehefrau Amalie geb. Bonin, wurde am 1. September 1863 zu Czarnowo, Kr. Konitz, Westpreussen, geboren. Seine Gymnasialstudien begann er mit seinem 14. Lebensjahre. Die unteren Klassen absolvierte er auf dem Gymnasium zu Konitz, die mittleren auf dem Progymnasium zu Pelpin. Dann bezog er nach einer halbjährlichen Unterbrechung wieder das Gymnasium zu Konitz, das er Ostern 88 mit dem Zeugnis der Reife verliess. Von nun an studierte er Medicin in Greifswald. Das Physicum bestand er im Juli 90, das medicum und rigorosum im Juli 92.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Curse folgender Herren Professoren und Dozenten:
Ballowitz, Grawitz, Gerstaecker, Heidenhain, Helferich, Hoffmann, Landois, Limpricht, Loeffler, Moeller, Mosler, Oberbeck, Peiper, Pernice, von Preuschen, Schirmer, Schmitz, Schulz, Solger, Sommer, Strübing.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, sagt Verfasser an dieser Stelle seinen aufrichtigen Dank. Zu besonderem Danke fühlt sich Verfasser verpflichtet dem Herrn Professor Dr. Helferich für die Überweisung vorliegender Arbeit, und Herrn Professor Dr. Grawitz, der ihn bei der Leberuntersuchung freundlichst unterstützte, sowie den Herren Geh. Medizinal-Rat Professor Dr. Mosler und Geh. Medizinal-Rat Professor Dr. Pernice, an deren Kliniken er als Volontair thätig sein durfte.

Thesen.

1. Das Koch'sche Tuberkulin kann nur wissenschaftlichen Wert haben.
 2. Lippenkarzinome operiere man ohne Rücksicht auf die darauffolgende Plastik.
 3. Die Beseitigung der beschränkten freien Arztwahl liegt im Interesse der Kranken und Ärzte.
-





11382